

*Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego*

## **PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ**

*(ORYGINAŁ / KOPIA\*)*

Nr. 1121.12.NS-HŻŻiPU.2019

Gliwice, dnia 22.10.2019 r.  
*(Miejscowość i data)*

Przeprowadzonej przez upoważnionego przedstawiciela Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego:

Grażyna Kołodziej- starszy asystent, nr upoważnienia OPR.057.248.2019

Marcin Lewandowski- starszy asystent, nr upoważnienia OPR.057.251.2019

*(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnień do czynności kontrolnych)*

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 i 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59), w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn.zm.)

Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością PK/BŻ/01 określona w zarządzeniu nr 104/17 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 08.05.2017 r. w sprawie procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Na podstawie art. 79 a ust. 1 i 6 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej (Dz. U z 2018 r. poz. 650) oraz na podstawie art. 3 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 3, t. 45, str. 200, z późn. zm.) – nie dokonano zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli.

I. Informacje ogólne dotyczące kontrolowanego zakładu.

1. Zakład:

Powiatowy Dom Pomocy Społecznej „Nasz Dom” 44- 100 Gliwice ul. Derkacza 10  
*(pełna nazwa, wszystkie niezbędne dane dotyczące identyfikacji zakładu)*  
dot. bloku żywienia w Powiatowym Domu Pomocy Społecznej „Nasz Dom”  
44- 100 Gliwice ul. Derkacza 10  
*(adres)*

NIP 6311333244 REGON 000665254 PESEL -----

TEL. 32 232 19 60 FAX 32 232 19 60 E-MAIL dpsgliwice1@poczta.onet.pl

Zakład objęty nadzorem na podstawie: decyzji o nr NS/HŻŻiPU-432-5826/08 z dnia 06.11.2008 r.  
wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach.

*(podać nr decyzji lub wpisu do rejestru)*

2. Kierujący zakładem:

Pan Rafał Marek – dyrektor placówki  
*(imię i nazwisko, stanowisko)*

3. Przedstawiciel zakładu:

Pani Natasza Magda- kierownik  
*(imię i nazwisko, stanowisko)*

-----  
*(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)*

4. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sanitarno-techniczna bloku żywienia

5. Wyposażenie użyte podczas kontroli: pirometr PP/W/S/K/2/NS/HŻŻiPU

**II. 1. Opis stanu faktycznego** *(charakter działalności zakładu, liczba pracowników i inne informacje charakteryzujące zakład).*

W toku kontroli stwierdzono, iż obiekt mieści się w budynku wolnostojącym. Otoczenie obiektu utrzymane czysto. W obiekcie prowadzona jest produkcja posiłków od surowca do gotowego wyrobu dla 122 pensjonariuszy domu pomocy. W obiekcie znajdują się kuchnia główna.

W kontrolowanym obiekcie zatrudnionych jest 6 osób oraz dietetyk. Przedstawiono aktualne orzeczenia lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych personelu pracującego w kuchni.

Jadłospis obejmuje 3 główne posiłki dziennie oraz podwieczorek. Dla diet cukrzycowych jadłospis obejmuje 5 posiłków. Prowadzone diety – podstawowa, cukrzycowa i lekkostrawna, mix, płynna oraz bezmleczna. Diety które opracowuje dietetyk. Jadłospis zróżnicowany, bogaty w owoce i warzywa oraz produkty z obniżoną zawartością soli i cukru.

Odpady gastronomiczne odbierane są na podstawie umowy zawartej pomiędzy Remondis Gliwice Sp. z o.o. 44- 100 Gliwice ul. Kaszubska 2. Odpady są segregowane na odpady roślinne, zwierzęce i pokonsumpcyjne.

W trakcie kontroli stan sanitarno-techniczny pomieszczeń kuchni centralnej oraz magazynów prawidłowy. Szafki oraz sprzęt kuchenny czyste i nieuszkodzone. Segregacja żywności zachowana.

W zakresie ochrony DDD zakład jest monitorowany przez firmę Gliwicki Zakład Dezynfekcji, Dezynsekcji i Deratyzacji w Nieborowicach ul. Główna 22. Dokumentacja GHP, GMP, HACCP prowadzona prawidłowo, wszystkie zapisy prawidłowe. Zapisy prowadzone na bieżąco.

Na terenie obiektu przestrzegane są wymagania ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1446 z późn. zm.)

W obiekcie obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu, odpowiednie znaki informacyjne umieszczone w widocznych miejscach.

Obiekt zgodny z wymaganiami prawa żywnościowego (na podstawie oceny stanu sanitarnego zakładu).

## II. 2. Opis stwierdzonych nieprawidłowości z podaniem przepisów prawnych, które naruszono.

Nie stwierdzono nieprawidłowości

Integralną część protokołu stanowią następujące załączniki:

Załącznik nr 1- klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych, załącznik ZF/PK/BŻ/01/01/01

## III. Ustalenia pokontrolne

1. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w pkt ..... załącznik nr.....

ukarano .....

*(imię, nazwisko, stanowisko)*

grzywną w drodze mandatu karnego ..... w wysokości.....zł

*(nr mandatu karnego)*

na podstawie .....

*(podstawa prawna)*

upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr.....

*(po uprzednim wysłuchaniu osoby odpowiedzialnej za dane wykroczenie/ia oraz uwzględniając informacje o sytuacji materialnej pouczone o prawie odmowy przyjęcia grzywny w drodze mandatu karnego i o skutkach prawnych takiej odmowy)*

2. Zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego na wniosek strony, ustalono terminy usunięcia nieprawidłowości sanitarno-technicznych:

nie ustalono

3. W książce kontroli dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenia dotyczące usunięcia bieżących uchybień wymienionych w pkt

dokonano wpisu do książki kontroli, nie wydano zaleceń doraźnych

o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik / przedstawiciel zakładu jest obowiązany zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 3 dni od daty wyznaczonego terminu.

4. Uwagi i zastrzeżenia kierownika / ~~przedstawiciela zakładu~~ ).

Pan (i) ~~wnosi~~ / nie wnosi<sup>\*)</sup> uwag i zastrzeżeń do stwierdzonego stanu faktycznego:

5. Uwagi osoby kontrolującej: brak uwag

6. Czas trwania kontroli: od 09<sup>45</sup> do 12<sup>00</sup>

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

Nie odmówiono podpisania protokołu

Poprawki i uzupełnienia do protokołu:

brak

(podać: numer strony protokołu, załącznika, określenia lub wyrazy, których nie należy zmieniać, które nie zastępują)

Urząd Nadzoru Sanitarnego  
Oddział Higieny Żywności  
i Żywności Przemysłów Użytku  
Starszy Asystent

DYREKTOR

Stowarzyszenie Pomocy Społecznej  
"NASZ DOM"

mgr inż. Grażyna Kotońdziej

(podpis i pieczęć kontrolowanego)  
mgr Rafał Marek

ul. 100 Gliwice, ul. Derkałki

Ni. identyfikatora 00066525

32 232-26-46 (centrala). Fax 32 232-26-46

(podpis osoby kontrolującej)

(podpisy świadków)

#### IV. Potwierdzenie odbioru protokołu

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu 22.10.2019 r. otrzymałem w dniu 22.10.2019 r.

DYREKTOR

(podpis i pieczęć odbierającego protokół)  
mgr Rafał Marek

Właściciel / osoba upoważniona w terminie 14 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

#### Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu.

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego powielany inaczej jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono / nie zatwierdzono\*) wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego:

(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/  
kierownika technicznego/ zastępcy)

\*) - zaznaczyć właściwe

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

Załącznik do protokołu kontroli sanitarnej

Nr 1121.12.NS-HŻŻiPU.2019

z dnia 22.10.2019 r.

**ARKUSZ OCENY ZAKŁADU PRODUKCJI/OBROTU ŻYWNOŚCIĄ/ ŻYWIENIA  
ZBIOROWEGO/MATERIAŁÓW I WYROBÓW PRZEZNACZONYCH DO  
KONTAKTU Z ŻYWNOŚCIĄ<sup>1)</sup>**

Blok żywienia w Powiatowym Domu Pomocy Społecznej „NASZ DOM”

44- 100 Gliwice ul. Derkacza 10

**INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU NA  
PODSTAWIE ANALIZY RYZYKA:**

Zaznaczyć w odpowiedniej kolumnie tabeli.

	Zakres kontroli	OCENA ZAGROŻENIA			UWAGI  (wpisać ND kiedy nie dotyczy)
		Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
<b>I</b>	<b>Stan techniczno-sanitarny zakładu</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	
1	Układ i rozplanowanie pomieszczeń zakładu – funkcjonalność, krzyżowanie się dróg, przestrzeń robocza zakładu, zaplecze sanitarne pracowników mających kontakt z żywnością.	0	2	4	
2	Stan techniczny pomieszczeń zakładu: podłogi, ściany, sufity i zamocowane w górze elementy, okna i inne otwory, drzwi, oświetlenie pomieszczeń produkcyjnych, sprzedażowych i magazynowych.	0	2	4	
3	Powierzchnie stykające się z żywnością. Maszyny, urządzenia, sprzęt wykorzystywane w procesie produkcji/sprzedaży.	0	1	2	
4	Instalacja wodna i kanalizacja zakładu. Systemy wentylacyjne.	0	1	2	
5	Zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami i ich zwalczanie.	0	1	2	
6	Gospodarka odpadami – przechowywanie i usuwanie odpadów.	0	1	2	

<sup>1)</sup> zaznaczyć właściwe

7	Zabezpieczenie przed dostępem osób postronnych.	0	1	2	
<b>II</b>	<b>Higiena produkcji, dystrybucji i sprzedaży</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	
1	Czystość pomieszczeń zakładu, w tym środków transportu. Procesy czyszczenia, mycia, dezynfekcji w całym procesie technologicznym (w tym urządzeń, sprzętu, naczyń). Jakość wody wykorzystywanej w zakładzie.	0	8	16	
2	Warunki magazynowania, pakowania, transportu i sprzedaży, w tym zachowanie łańcucha chłodniczego.	0	5	11	
3	Higiena osobista pracowników, stan zdrowia osób mających kontakt z żywnością.	0	3	5	
<b>III</b>	<b>Zarządzanie zakładem, kontrola wewnętrzna i systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	
1	Zaangażowanie kierownictwa i przygotowanie merytoryczne pracowników (kwalifikacje zatrudnionych pracowników).	0	2	4	
2	Wiarygodność przedsiębiorcy, w tym prawidłowość i terminowość realizacji nakazów ujętych w decyzjach właściwych organów PIS i gotowość do współpracy.	0	1	2	
3	Prawidłowość procedur i ich realizacji (GHP, GMP, HACCP).	0	9	17	
4	Działania korygujące przy stwierdzonych niezgodnościach.	0	3	7	
5	Śledzenie produktu (Traceability).	0	5	10	
6	Kontrola surowców, półproduktów i wyrobów gotowych przez producenta, w tym badania właścicielskie.	0	4	8	
7	Znakowanie.	0	4	8	
<b>IV</b>	<b>Profil działalności – zgodnie z kategoryzacją zakładów</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	
	<b>Suma punktów</b>				
	<b>Suma punktów ogółem</b>				
	<b>Kategoria ryzyka</b>	<b>Niskie</b>	<b>Średnie</b>	<b>Wysokie</b>	
		<b>(N)</b>	<b>(S)</b>	<b>(W)</b>	
	<b>Ryzyko dla ocenianego zakładu</b>		S		

**KRYTERIA OCENY:**

Ryzyko wysokie	powyżej 50 pkt
Ryzyko średnie	powyżej 15 do 50 pkt
Ryzyko niskie	nie więcej niż 15 pkt

**II. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI**

nie stwierdzono

**III. UWAGI I ZASTRZEŻENIA KONTROLOWANEGO DO NINIEJSZEJ OCENY:**

Brak uwag

**DYREKTOR**  
.....  
mgr Rafał Marek  
(podpis kontrolowanego)

Dom Pomocy Społecznej  
**TRASZ DOM**  
44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10  
Nr identyfikatora 090665254  
Tel. 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32 232-19-80

Dziś Nadzoru Sanitarnego  
Oddział Higieny Żywności,  
Zwierząt i Przemysłów Użytku  
Starosty Asystent  
.....  
(podpis osoby kontrolującej)  
mgr inż. Grażyna Kojłoch